Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 11 października 1884. **№ 41.** Rok XXIII.

I. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją poczynione od 1go stycznia 1878 po koniec 1882 roku.

Podał Dr. E. Machek,

docent w Uniw. Jagiell. i b. asystent kliniki okul.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

K a z u i s t y k a s t r a t.

Opisanie przypadków niepomyślnych ma także wielką wartość. Zamierzamy więc zastanowić się nad przyczynami strat, gdyż poznawszy je uczymy się im zapobiegać. Jak już wspomniałem stracono jedenaście ócz.

Przebieg operacyjny był: 1) Zupełnie prawidłowy 4 razy; w trzech z tych przypadków nastąpiła utrata wzroku skutkiem ropienia ranki, w czwartym skutkiem ropienia tęczówki. 2) W jednym przypadku był przebieg operacyi prawidłowy, lecz wystąpił znaczny krwotok do przodkowéj komórki i zapad rogówki i to tego stopnia, że się rogówka talerzykowato zakląkła. Usiłowania wyparcia krwi z komórki przodkowéj za pomocą ucisku na oko pozostały bez skutku; w tym jak i następnym przypadku nastąpiła utrata oka skutkiem ropienia rogówki i ranki. 3) W jednym przypadku pozostały znaczne resztki. 4) Upływ ciałka szklanego już po wystąpieniu soczewki nastąpił w jednym przypadku, w którym oprócz tego pozostały resztki; po operacyi powstało zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego; resztek była znaczna ilość, być więc może, że pęcznienie stało się przyczyną zapalenia. 5) Upływ ciałka szklanego po cięciu rogówkowém w dwóch przypadkach. Soczewkę wydobyto pętlą Webera. W jednym z tych przypadków wypłynęła znaczna część ciałka szklanego; gojenie było prawidłowe i pomyślne, lecz bystrość wzroku tak niedostateczna, że chory palców nie liczył. Wziernik wykazał oderwanie siatkówki. W drugim z tych przypadków utrata oka nastąpiła skutkiem oderwania naczyniówki. W obu tych przypadkach pozostaje niepomyślny wynik w związku z wadliwym przebiegiem operacyi 6) Raz nastąpiło zwichnięcie soczewki, którą uchwycono szczypczykami Liebreicha za zgrubiałą przodkową torebkę. Skutkiem zwichnięcia wystąpiła soczewka naprzód dolnym brzegiem z ranki, gdyż górny brzeg pochylił się ku tyłowi i pogrążył w ciałku szklaném, przyczém się więzadełko Zinna przerwało. Za wydobytą soczewką buchnęło ciałko szklane W tym przypadku usiłowano uchwycić przodkową torebkę soczewkową, i o ile się da, część takowéj wyrwać. Udało się to w innym przypadku, w którym torebka nie była zgrubiałą. Przypadek ten, zdaniem mojém, poucza, że chwytanie przodkowéj torebki, zwłaszcza niezaćmionéj, szczypczykami ząbkowanemi jest niebezpieczne, gdyż w razie nieprzerwania torebki może nastąpić zwichnięcie. 7) W jednym wreszcie przypadku było cięcie rogówkowo-twardówkowe za małe, rankę rozszerzono za pomocą nożyczek, poczém soczewka nie bez trudności i dopiero po silniejszém niż zazwyczaj ugniataniu wystąpiła. W następstwie powstało ropienie tęczówki, a późniéj dopiero ropienie ranki. W tym przypadku najprawdopodobniéj nastąpiło zakażenie. Torebkę soczewkową przerywano dwa razy.

Przyczyną niepomyślnego wypadku co do wzroku było:

Plastyczne zap. tęczówki i ciałka rzęskowego	w przypadkach 2,
Oderwanie naczyniówki	w przypadku 1,
„ siatkówki	w przypadku 1,
Ropienie ranki i rogówki (zakażenie)	w przypadkach 5,
„ tęczówki (zakażenie)	w przypadkach 2,
Razem	11.

W czterech pierwszych przypadkach powyżéj wykazanych, i w jednym przypadku (7), w którym nastąpiło ropienie tęczówki, można wadliwy przebieg operacyi winić o niepomyślny przebieg pooperacyjny, względnie o utratę oka, w sześciu natomiast przypadkach ropienia, które się ukończyły zbliznowaceniem rogówki (*Phthisis corneae*), a w których przebieg operacyi był w całém tego słowa znaczeniu idealnym, winić chyba można niedostateczność naszych śro-

ków przeciwgnilnych, gdyż zakażenie nastąpiło pomimo zastosowania środków, które nauka zaleca. Przypadki te równocześnie pouczają, jak wielką jest doniosłość postępowania przeciwgnilnego, zastosowanego przed i po operacyi.

Złośliwe ropienie oka po operacyi zaćmy z objawami, z których wnosić było można, że nastąpiło skutkiem zakażenia, wystąpiło w roku

1878 w przypadkach 2,
1879 „ 2,
1880 w przypadku 1,
1881 w przypadkach 2,
1882 w żadnym przypadku.

Trudnoby jednakże ztąd wnosić, że w roku 1882 dlatego nie wystąpiło ropienie, że ze szczególną starannością przestrzegano czystości narzędzi operacyjnych i oczyszczania oka, gdyż pod tym względem zawsze z największą postępowano ostrożnością i oględnością. Postępowanie zaś przeciwgnilne wreszcie także takich nie poczyniło postępów, aby mogło zapewnić nam we wszystkich przypadkach gojenie *per primam*. Gojenie zaś nie *per primam* po operacyi zaćmy znaczy tyle, co nieudanie się operacyi czyli utratę oka.

Wspomnieć wreszcie muszę, że w pewnéj ilości przypadków prof. Rydel odstąpił od zalecanego przez Graefego i Arlta sposobu przecinania torebki soczewkowéj, zastępując go nowym, a polegającym na zadaniu torebce trzech cięć, z których pierwsze przebiega poziomo wzdłuż dolnego brzegu źrenicy, drugie środkiem téjże pionowo z dołu w górę, a trzecie znów poziomo wzdłuż górnego brzegu soczewki. O sposobie tym i jego wynikach mówił prof. Rydel w sekcyi oftalmologicznéj czwartego Zjazdu lekarzy i przyrodników w Poznaniu (Dziennik Zjazdu Nr. 4). Dodać wreszcie należy, że zmiana przecinania torebki soczewkowéj zalecona przez prof. Rydla nie stanowi takiéj odmiany w wykonaniu operacyi sposobem Graefego, żeby przypadki te należało wyłączyć ze statystyki operacyj sposobem Graefego.

B. Inne rodzaje zaćm i zaćmy operowane innemi sposobami.

Oprócz zaćm samorodnych niepowikłanych, operowanych obwodowym sposobem Graefego, operowano jeszcze u 63 osób (40 płci męskiéj, a 23 żeńskiéj) zaćmy rozmaitego rodzaju, a mianowicie uskuteczniono tę samą operacyję na obu oczach u 14 osób, na jedném zaś oku u 49 osób. Wszystkiego razem wykonano u tych 63 osób 89 różnych operacyj, wliczając już w to 19 dyscysyj zaćm miękkich samorodnych u osób młodych i cztery irydektomije wykonane celem poprawy bystrości wzroku w przypadkach zaćmy warstwowéj. Nie wliczono zaś tu irydektomij przygotowawczych i wykonanych celem poprawy bystrości wzroku po wykonanéj już poprzednio operacyi zaćmy. Operacyję zaćmy według Graefego wykonano razy 51 w przypadkach innych zaćm niż schyłkowe niepowikłane, dawnych linijowych operacyj 7, płatowych 6, dyscysyj 19, płatowych według Wenzla 2, a irydektomij optycznych w przypadkach zaćmy warstwowéj cztery.

Postacie zaćmy, o których teraz mowa, były następujące:

1. Zaćma suchotorebkowa i błonista samorodna w 9 oczach,
2. Zaćma urazowa w 5 oczach,
3. Zaćma powikłana z różnemi chorobami oka w 43 oczach,
4. Zaćma cukrzycowa w 1 oku,
5. Zaćma miękka samorodna w 12 oczach,
6. Zaćma warstwowa w 6 oczach,
7. Zaćma samorodna schyłkowa niepowikłana, operowana sposobem Beera w 2 oczach.

1) Z powodu zaćmy szczątkowéj (suchotorebkowéj i błoniastéj) samorodnéj operowano 9 ócz u 7 osób, 6 płci męskiéj a 1 płci żeńskiéj. W trzech przypadkach była zaćma obuoczna prawdopodobnie wrodzona lub przynajmniéj powstała w pierwszych latach życia. W jednym z tychże u chłopaka 14 letniego skłoniło nas do operacyi stanowczo twierdzenie, że chory dzieckiem będąc widział dobrze; w drugim przypadku, u 6-letniéj dziewczynki, nadzieja, że po usunięciu zaćmy, oczy, które skutkiem niewidywania nie nabyły zdolności rozpoznawania przedmiotów, zdolność tę jeszcze nabędą. Operacyje pod względem technicznym dobrze się udały. Dna oczu, jak badanie wziernikowe wykazało, były pod każdym względem prawidłowe. Skutek jednakże operacyi pod względem bystrości wzroku nie był pomyślny. Chłopak tak po jak i przed operacyją miał tylko poczucie światła. Chociaż już po pierwszéj operacyi, wykonanéj na oku prawém, nie można było wątpić, że operacyja na oku lewém bystrości wzroku nie poprawi, wykonano ją z powodu usilnych nalegań chorego, który podawał, że po operacyi okiem prawém daleko jaśniéj widzi i lepiéj „blask od nocy odróżnia“. Sześcioletnia dziewczyna przez dłuższy czas po operacyi pozostawała w klinice, postępy jednakże, które robiła w rozpoznawaniu przedmiotów, były bardzo nieznaczne. Z początku wcale nie patrzała na przedmioty jéj pokazywane, późniéj zaś chwytała je i zwracała ku nim oczy, jeżeli mocniéj świeciły (zegarki, pierścionki, klucze). Po wystąpieniu chCoréj z kliniki więcéj jéj nie widziałem, być więc może, że po dłuższém ćwiczeniu bystrość wzroku jeszcze się poprawiła. W trzecim z tych przypadków, u trzynastoletniego chłopca, operowano tylko jedno oko. Po operacyi powstał mały wolny otwór w źrenicy, ale chory pomimo to palców nie liczył. Środkowa część dna oka była prawidłowa, obwodowych części dojrzeć nie było można U mężczyzny 35-letniego była na oku lewém zaćma suchotorebkowa, na prawém zaś zaćma samorodna niepowikłana, którą z dobrym skutkiem operowano obwodowym sposobem Graefego. Zaćma na oku lewém powstała skutkiem urazu tępego. W trzech wreszcie dalszych przypadkach zaćma suchotorebkowa była tylko jednostronna, a przyczyna powstania niewiadoma. We wszystkich przypadkach (na 9 oczach) wykonano operacyję obwodowym linijowym sposobem. W pięciu oczach, u trzech osób, o których obszerniéj wyżéj już była mowa, pozostało tylko poczucie światła jak przed operacyją. W czterech innych równała się bystrość wzroku: $^{6}/_{18}$, $^{6}/_{24}$, $^{3}/_{60}$, (w tym przypadku wykonano jeszcze dyscysyję z powodu grubéj zaćmy wtórorzędnéj) a w czwartym $^{0.5}/_{60}$. W tym przypadku techniczny wynik operacyi był bardzo pomyślny, lecz na odzyskanie małéj tylko bystrości wzroku wpłynęły blizny i plamy rogówkowe powstałe po ospie. Dla chorego i ten wynik przedstawiał pewną korzyść, gdyż drugie oko utracił bezpowrotnie skutkiem garbiaka. Późniéj bystrość wzroku poprawiła się tak, że liczył palce na jeden metr, mógł więc bez przewodnika chodzić

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O skutecznem leczeniu duru brzusznego jodkiem potasu.

Napisał Dr. Henryk Jeleński z Działoszyc.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

13. W. D., lat 16, silnie zbudowany a dotąd zdrów zupełnie, rozchorował się w sposób dopiero co opisany 31/7 1882, zamieszkał w tym samym domu. Rozpoznanie i leczenie to samo co u poprzedniego; przy początkowéj ciepłocie 39·5°, tętnie 108, dałem *Acid. mur. dil.* 2,00:200,0 mięszanki, *2horio cochl.*, oraz zimne okłady. Od 1 do 4 sierpnia ch. 6go, nic nowego, kwasek kontynuuje. D. 5/8, ch. 7go objawy duru brzusznego rozwijają się w całéj pełni, bezsenność z bredzeniem, biegunka do 6ciu stolców dziennie, różyczka na brzuchu bolesnym przy dotyku i klatce piersiowéj, c. 40°, t. 110, przepisano *Kali jodat.* 1,0:200,0 *Dti r. alth.*, *2horio cochl.*, okłady i obmywania zimne daléj, dyjeta pożywna. D. 6, 7/8, ch. 8, 9, stan bez zmiany, zachowanie się to samo. D. 8, 9/8, ch. 10, 11, chory nieco spokojniejszy, sypia częściéj, nie tyle bredzi, biegunka prawie ustała, mocz bez białka. C. 39·2°, t. 104, lekowanie bez zmiany daléj. D. 10, 11/8, ch. 12, 13, nic nowego. D. 12, 13 sierpnia ch. 14 i 15, chory ma się lepiéj. C. 38·6°, t. 100, jodek bierze, żywi się posilniéj, leki zewnętrzne usunięto. D. 14, 15/8, ch. 16, 17, chory wraca do zdrowia szybko bez powikłań, wyżywszy jodku 6,0.

14. A. Kabzińska, kołodziejka, lat 36, dobrze zbudowana, zamężna, karmi 7me swoje 12-tygodniowe dziecko. D. 25/8 1882 zachorowała na chorobę gorączkową. Wezwany d. 28/8, ch. 4go, znalazłem przy pilném badaniu wszystkie objawy duru brzusznego z ciepłotą 39·6°, tętnem 110, od. 36, przepisałem *Acid. mur. dil.* 4,0:230,0 mięszanki, *2horio cochl.* zewnętrznie okłady i obmywania jak zwykle. D. 29/8, ch. 5go, oznaki chorobowe co do głowy, płuc i brzucha w niczém niezmienione. C. 39·5°, t. 110, lekowanie kontynuuje. D. 30 sierpnia, chor. 6go, stan jednaki. Dnia 31 sierpnia, chor. 7, wyraźne pogorszenie, chora żali się na gwałtowny ból głowy, wiele bredzi, niezawsze przytomnie odpowiada, brak zupełny snu, śledziona znacznie się powiększyła, przy ucisku bolesna, różyczka się zjawia, biegunka, mocz zawiera białko. C. 40°, tętno 116; przepisano *Kali jodat.* 2,0:230,0 mięszanki ślazowéj, *2horio cochl.*, posilna dyjeta, środki zewnętrzne jak dotąd. D. 1 września, chor. 8, bez zmiany. D. 2/9, ch. 9, przy ciepłocie 40°, t. 118, dodano do lekowania wino. D. 3/9, ch. 10, chora spokojniejsza, przytomniejsza, nie bredzi tyle, biegunka ustała, mocz ledwie ślad białka zawiera. C. 39·5°, t. 110. D. 4, 5/9, ch. 11, 12, choroba łagodnieje. C. 38·8°, t. 104, wszystko bierze daléj. D. 6, 7/9, ch. 13, 14, chora ma się znacznie lepiéj, sen bez bredzenia, czuje się silniejszą, zupełnie przytomna. C. 38·2°, t. 96, jodek kończy, leki zewnętrzne usunięte. W parę dni przy należytém zachowaniu się choroba przeszła w okres ozdrowienia, który zakończył się szybko i pomyślnie po wyżyciu jodku potasu 8,00.

15. R. J., kupcowa, młoda mężatka, l. 20, dobrze zbudowana, dotąd dość zdrowa, sama karmi 1e dziecko pomimo miesiączkowania. D. 25/9 1882 zachorowała na silną gorączkę z dreszczykami. Wezwany 29/9, ch. 2, znalazłem objawy raczéj żołądkowego cierpienia, jak język grubo obłożony białawym mułem, częste odbijanie się, stolec zaparty od dwóch dni, lekki ból głowy; chora wstaje i przechadza się. C. 39°, t. 100. Ordyn. *Acid. muriat. dil.* 4,0:230,0, mięszanki, *2horio cochl.* D. 30/9 i 1/10, ch. 3 i 4, stan się nie polepsza, stolce dwa wolne. C. 39·4°, t. 106, lek bierze daléj. D. 2 i 3 października, ch. 5 i 6, odsłania się właściwy charakter choroby; silny ból głowy z zawrotem, znaczny szum w uszach, zupełny brak snu, przy zamkniętych oczach zwidywania, lekki kaszel, znacznie powiększona śledziona, bolesność i przelewanie się przy dotyku brzucha w okolicy kątnicy, różyczka choć skąpa, stolec wolny, mocz ze śladem białka; c. 39·6°, t. 110, niewątpliwy obraz duru brzusznego. Kwas solny zostaje, nadto zewnętrznie obmywania i okłady zimne, jak zwykle. D. 4/10, ch. 7, po wyraźném zaostrzeniu się całego przebiegu choroby, c. 40°, t. 116, dodano *Kali jodat.* 2,0:200 *Dti sem. lini.*, *2horio cochl.*, usunąwszy tylko *Acid. muriat.* D. 5/10, ch. 8, nic nowego. D. 6/10, ch. 9go, choroba przybiera niepomyślny obrót; sen niespokojny, bredzenie, stolec wolny, mocz zawiera białko, różyczka skąpa, znaczne ogólne osłabienie. C. 39·8°, t. 116, karmienie dziecka zaniechane, jodek i wino z pożywną dyjetą zalecono, a obok tego środki zewnętrzne D. 7/10, ch. 10, biegunka ustała, zresztą nic. D. 8/10, ch. 11, chora spokojniejsza, w nocy spała lepiéj bez bredzenia, stolca nie było, mocz bez białka; c. 39·2°, t. 104, wszystko kontynuuje. D. 9/10, ch. 12, zwolna zbliża się poprawa. C. 38·8°, t. 96, lek bierze daléj. D. 10/10. ch. 13, przy coraz wyraźniejszém polepszeniu ciepłota 38·2°, t. 90, bierze daléj bez przerwy wszystko. D. 11/10, ch. 14, nic nowego. D. 12/10, ch. 15, zostaje bez leku tylko przy winie i posilném żywieniu. W parę dni późniéj widziałem pacyjentkę ozdrawiającą, która bez pytania zabrała się do dalszego karmienia nieco podupadłego dziecka. Jodku wyżyła 8,0.

16. J. Feuereisen, handlarz, l. 22, silnie zbudowany i dotąd zawsze zdrów, gdyż nie pamięta, aby kiedy lub na co chorował. D. 5/10 1882 zapadł na gorączkę z dreszczykami, bólem głowy, brakiem snu i apetytu. Wezwany 7/10, ch. 3, znalazłem: silny ból głowy, najmniejszy ruch sprawia zamęt i zawrót téjże, przykry szum i dzwonienie w uszach, brak snu, chory się niepokoi i ciągle z boku na bok przewraca, język grubo obłożony, łaknienia brak, pragnienie spore, lekki kaszel, śledziona powiększona, brzuch poduszkowato wzdęty, bolesny przy dotyku w okolicy kątnicy, tamże przelewanie się, stolec wolny 3 razy dziennie, ciepłota 39·6°, tętno 110, moczu na pokaz nie ma. Rozpoznano d u r b r z u s z n y w rozwoju i polecono: *Acid. muriat. dil.* 4,0:230,00 mięszanki, *2horio cochl.*, na głowę i brzuch zimne okłady. D. 8 i 9/10, ch. 4 i 5, stan niezmieniony. D. 10/10, ch. 6go, zupełna bezsenność z bredzeniem, stolec wodnisty 4 razy dziennie, na brzuchu ślady występującéj różyczki durowéj. C. 39·8°, t. 115, *Kal. jodat.* 2,00:230,00 *Dti. sem. lini*, *2horio cochl.*, zewnętrznie jak dotąd. D. 11/10, ch. 7, nic nowego. D. 12/10, ch. 8, snu brak zupełny, wiele majaczy, różyczka rozwinięta, stolec zatrzymany. C. 39·5°, t. 110, bierze jodek z dodatkiem wina 3 razy dziennie, reszta jak wyżéj. D. 13/10, ch. 9, stan ten sam. D. 14/10, ch. 10, spał nieco i mniéj majaczył. Ciepłota 39·2°, t. 104, kontynuuje wszystko bez zmiany. Dnia 15 i 16/10, ch. 11 i 12, nic do zanotowania. C. 39°, t. 100, na życzenie chorego zezwalam na letnią kąpiel 28°R. przez 20 minut. D. 17 i 18/10, ch. 13 i 14, wyraźna poprawa. C. 38°, t. 90, kończy jodek bez powtórzenia. D. 19/10, ch. 15, chory ma się lepiéj; przy ciepłocie 37·6, tętnie 84 pożegnałem go, a wkrótce powrócił do zupełnego zdrowia po użyciu jodku 10,0.

17. S. Szydłowska, kramarka, lat 42, zamężna, dzietna,

już nie miesiączkuje. D. 4/11 1882 zachorowała na gorączkę; leczenie domowe bez skutku. D. 9 listopada, ch. 6, znalazłem bez kwestyi wszystkie objawy chorobowe rozwiniętego duru brzusznego, nawet nie brak charakterystycznéj różyczki, do tego chora tak apatyczna i obojętna na wszystko a ciągle stękająca, że zgoła nic z wywiadów wybadać nie można, otrzymując na każde pytanie „nie wiem“ w odpowiedzi. C. 39·4°, t. 110, przepisano *Acid. muriat. dil.* 4,0:230,0 mięszanki, *2horio cochl.*, posilną dyjetę i zewnętrznie jak zwykle. D. 10/11, ch. 7, nic odmiennego. C. 39·6°, t. 110, bierze kwasek. D. 11/11, ch. 8, nic do zanotowania. D. 12/11, ch. 9, pogorszenie wyraźne, zupełna bezsenność z ciągłém bredzeniem, biegunka do 6 wodnistych stolców, obfita różyczka, mocz zawiera nieco białka, znaczne osłabienie. Ciepłota 39·8°, tętno 112, przepisano *Kali jodat.* 2,0:200,00 *2horio cochl.*, wino czerwone po małym kieliszku 3 razy dziennie, dyjeta i zewnętrzne środki bez zmiany. D. 13/11, ch. 10, ani gorzéj, ani lepiéj, wszystko kontynuuje. D. 14/11, ch. 11, snu nieco bez bredzenia, stolce tylko dwa, mocz jeszcze ze śladem białka, lecz chora czuje się znacznie osłabioną, więc dodano *Camphor.* 0,30:200,00 w emulsyi migdałowéj, *2horio cochl.* naprzemian z jodkiem, reszta jak dotąd. D. 15/11, ch. 12, stan jednaki. D. 16, 17/11, ch. 13, 14, chora ma się lepiéj, sen spokojniejszy, stolec uregulowany, mocz bez białka, a ogólnie czuje się chora silniejszą. C. 38·4°, t. 96, bierze sam jodek i wino. D. 18, 19/11, ch. 15 i 16, chora czuje się lepiéj, c. 37·6°, t. 84. zostaje bez leku. W parę dni późniéj znalazłem ją w okresie zupełnego, prawidłowego ozdrowienia; jodku wyżyła 10,0.

18. K. P., rymarz, l. 34, dobrze i silnie zbudowany, z wywiadów nie umie nic szczególnego podać. D. 25/12 1882 poczuł jakieś ogólne ziębnięcie z następową gorączką i bólem głowy. *Ol. Ricini*, parę proszków siarkanu chininu nie sprawiło spodziewanego skutku. D. 28/11, ch. 4, znalazłem silny ból głowy z zawrotem i mąceniem się przy każdym ruchu, w uszach szum i gwizdanie, kaszel nieznaczny z powodu lekkiego nieżytu oskrzelowego, trawienie nijakie, śledziona powiększona, brzuch przy dotyku bolesny osobliwie w prawém biodrze, stolec wolny, chory niespokojny, spać nie może dla nieprzyjemnych snów. C. 39·2°, t. 104 od. 30. Rozpoznano początek d u r u b r z u s z n e g o i przepisano: *Acid. muriat. dil.* 4,0:230,0 mięszanki, *2horio cochl.*, okłady, dyjeta jak zwykle. D. 29/11, ch. 5, stan taki sam, lek bierze daléj. D. 30/11, ch. 6, noc niespokojna, nie spał nic, majaczył, stolec wolny do 4ch razy dziennie, różyczka wyraźna, osłabienie, c. 39·6°, t. 110, przepisałem *Kali jodat.* 2,0:200,0 *Dti. r. alth. 2horio cochl.*, zewnętrznie pilnie kontynuować wszystko. D. 1 grudnia, ch. 7, nic nowego, wszystko kontynuuje. D. 2/12, ch. 8, stan jednaki, bierze jodek z dodatkiem wina. D. 3/12, ch. 9, stolec zatrzymany, zresztą nic do nadmienienia. D. 4/12, ch. 10, noc nieco spokojniejsza, spał lepiéj, bredził nie wiele, c. 39°, t. 100, lek jodowy daléj. D. 5, 6/12, ch. 11, 12, zwolna stan się poprawia, czém się sam chory chwali. C. 38·6°, t. 96, wszystko kontynuuje. D. 7, 8/12, ch. 13, 14, chory ma się lepiéj. C. 38, t. 90, jodek kończy, zostając przy winie i posilnéj dyjecie. Niedługo chory zupełnie ozdrowiał bez żadnych następstw, wyżywszy jodku potasu 10,0.

19. Tob. Lis, furman przy rodzicach, l. 19, szczupło lecz prawidłowo zbudowany, nie podpadał dotąd ważniejszym chorobom. D. 23 marca 1883 r. zachorował na silny ból głowy i kłucie w prawym boku w okolicy dolnych żeber prawdziwych z kaszlem, plwociną krwawo zafarbowaną, wysoką gorączką po jednorazowych dobrowolnych wymiotach. Z domowéj porady zastosował bańki cięte *ad locum dolentem* i wewnątrz *Inf. r. Ipecac.* D. 23/3, ch. 3, znalazłem, silny ból głowy, język grubo obłożony, łaknienia brak, pragnienie znaczne, kaszel częsty, plwociny skąpe i trudno wydzielane, nieco krwawo prążkowane, ból dokuczliwy przy wdechu szczególnie w prawym boku, oddech krótki, przyspieszony. Badanie płuc wykazało, iż okolica grzebienia prawéj łopatki i niżéj cokolwiek aż do pachy daje przy wypuku odgłos przytępiony i przytłumiony, przy słuchaniu zaś szmery oskrzelowe, choć dość słabe obok rzężeń i trzeszczeń a cokolwiek niżéj miejsca zajętego wyraźne tarcie opłucnowe aż do żeber fałszywych téjże strony. Brzuch nieco wzdęty, prawe biodro wrażliwe na dotyk, stolca brak, w moczu chlorki bardzo skąpe, białka nie ma. C. 39·2°, t. 110, odd. 40. Rozpoznano: *Pleuropneumonia dextra* i przepisano: *Hydrarg. muriat. mit. Pulv. hb. digit. purp. āā* 0,03, *d. t. dos. Nr. XII, 2horio pulvis*, piersi i głowę pilnie zimno okładać, dyjeta lekka. D. 26, 27/3, ch. 4, 5, choroba płuca prawego nieco złagodzona, kaszle, mało odkrztusza, plwociny bez krwi. C. 39·4°, t. 108, od. 40, przepisano *Inf. r. Seneg.* (*e.* 6,0:200,0), *Liqu. ammon. anisat. 2,0, 2horio cochl.*; zewnętrznie jak dawniéj. D. 28/3, ch. 3, obok choroby płucnéj, zresztą już dość złagodzonéj, skoro ból, kaszel, plwociny i znaki fizyczne znacznie mniejsze, zjawiają się objawy innego rodzaju, chory bowiem poczyna nagle użalać się na silnie zaostrzony ból i zawrót głowy, brak snu, bredzenie, zrywa się, język silnie drżący, śledziona znaczniéj powiększona, w okolicy prawego biodra przelewa się w brzuchu i boli przy lekkim już ucisku, biegunka do 10 wypróżnień na dobę oraz różyczka. C. 40·2°, t, 116, występuje widocznie jako powikłanie d u r b r z u s z n y, zwany wyrazem technicznym *pneumotyphus.* W takim stanie bez wahania przepisałem *Kali jodat.* 2,0:200,0 mięszanki ślazowéj, *2horio cochl.* naprzemian z *Inf. r. Seneg.*, wino i posilną dyjetę. D. 29/3, ch. 7, stan jednaki, chory ciągle wstaje, majaczy, nieprzytomny, kaszle mało, plwociny białawe, czyste, zbite, biegunka do 5 stolców w ostatniéj dobie, mocz bez białka, ciepłota jak dawniéj; lekowanie kontynuuje. D. 30/3, ch. 8, nic się nie zmieniło. C. 39·8°, t. 112. D. 31/3, ch. 9, stan niedobry, snu mało, prawie nic, ciągłe bredzenie, stolce dwa, kaszel nieznaczny, natomiast znaczne osłabienie, zachodzi obawa zapadu. C. 39·6°, t. 110, dodano *Camph.* 0,20:200,0 mięszanki migdałowéj, zalecając brać naprzemian z jodkiem. D. 1/4, ch. 10, chory nieco przytomniejszy, spokojniejszy, nie zrywa się, stolec zatrzymany. C. 39·4°, t. 108, lekowanie toż samo daléj. D. 2, 3/4, ch. 11, 12, wyraźna poprawa i cała burza uspokaja się, chory spokojny, śpi bez majaczenia, nie utyskuje jak dotąd. C. 39°, t. 102, bierze sam jodek obok wina i posilnéj dyjety; sprawa płucna tymczasem zupełnie się uregulowała. D. 4/4, chor. 13, nic nowego. D. 5, 6/4, chor. 14, 15, chory ma się coraz lepiéj. C. 38°, t. 90, jodek kończy. W kilka dni późniéj widziałem młodzieńca w okresie zupełnego ozdrowienia bez nawrotów choroby lub innych następstw. Jodku wyżył 10,00. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. S a m u e l: **O wstrzykiwaniu podskórném lub do żył jako metodach leczniczych w cholerze.**

S. stawia sobie pytanie: jakiéj zmiany doznają zap-

trywania na leczenie cholery pod wpływem odkrycia Kocha, że prątek przecinkowy stanowi jéj przyrzut?

Dowodu na twierdzenie swoje nie dostarcza Koch w drodze doświadczalnéj, jedynie z równoczesności rozwoju prątka i sprawy chorobowéj wnosi o ich związku etyjologicznym. Niepowodzenie doświadczeń przypisuje odporności wszystkich zwierząt na wpływ prątka i to nietylko tych, których się zazwyczaj używa do doświadczeń, lecz i tych, które żyją wśród ludzi. K. podaje, że nadaremnie wprowadzał hodowle prątka do przewodu pokarmowego zwierząt zdrowych i schorzałych w skutek podawania leków czyszczących, nie wspomina wprawdzie nigdzie wyraźnie, jakoby świń używał również do swoich doświadczeń, musiał to jednak czynić, gdyż zdanie ogólnie w téj mierze wypowiedziane nie byłoby usprawiedliwioném.

Doświadczenia z rezultatem dodatnim są dwojakie. Wśród jednych wstrzykiwał K. hodowle prątków do żył królików, które potém „bardzo chorowały,“ jednak po kilku dniach do zdrowia powracały, wśród innych doświadczeń wstrzykiwał je do jamy brzusznéj myszy i sprowadzał śmierć tych zwierząt po upływie 24 do 48 godzin, a prątki można było wykryć we krwi. Zdaniem S. jest wszystko wśród tych doświadczeń wątpliwém oprócz tego pewnika, że małe ilości prątków są nie szkodliwe, czém różnią się te prątki od przyrzutów chorób zakaźnych; czy w tych przypadkach nie należy choroby zwierząt przypisać zatorowi, tego nawet wykluczyć nie można. Uderzającém jest spostrzeżenie, że u myszy można wykryć prątki we krwi, chociaż u człowieka to się nie udało pomimo obecności ich w jelicie. Na dowód, że cholera nie ima się zwierząt, przytacza, że nie ma dotąd przykładu, żeby choroba ta pojawiła się dobrowolnie u zwierząt, a sprawy chorobowéj tego rodzaju nie zdołał wywołać u zwierząt żywiąc je odchodami cholerycznych, zaś poszukiwania w Bengalu, gdzie cholera niewygasa, nie wykazały, żeby zwierzęta zapadały na podobną chorobę pomimo, że na każdym kroku mogą się zetknąć z przyrzutem.

Jakże jednak pogodzić te twierdzenia z podaniem Dra Richardsa, cytowaném przez Kocha, który żywiąc świnie wielkiemi ilościami odchodów cholerycznych przekonał się, że zwierzęta te ginęły w przeciągu czasu od 15 minut do $2^1/_2$ godziny wśród drgawek? Ze wszystkich zwierząt domowych są świnie najsposobniejszemi do spożycia przyrzutu cholery, a czyżby zaraza podobna wśród zwierząt mogła ujść uwadze mieszkańców wśród przebiegu cholery w Azyi lub Europie? Koch nie przytacza wcale, wśród jakich warunków wykonał Richards swoje doświadczenia, nie wiemy nic o rodzaju odchodów używanych przez R., czy nie pochodziły one może od ludzi, którym podawano pewne leki, nie wiemy, czy one były świeże lub dawniejsze i czy robiono doświadczenia kontrolujące z odchodami chorych na zwykłą biegunkę. Z doświadczeń Richardsa, tak jak je Koch przytacza, nie można wysnuwać żadnych wniosków, Koch jednak podał je już dyskusyi i na ich podstawie zbudował śmiałe twierdzenie o powstawaniu pewnych istot trujących w odchodach cholerycznych. Same doświadczenia Richardsa przemawiają tedy przeciw odporności świń w obec przyrzutu cholery, co się zaś tyczy owych istot trujących, to ich istnienie musi być rozchwianém w obec doświadczenia R., że treść jelit świni padłéj w skutek rzekomego zakażenia podana innéj świni nie okazała się dla niéj wcale zgubną, chociaż powinnaby wywrzeć na drugie zwierzę wpływ szkodliwy, jakkolwiek w niższym stopniu. Nie ma również dowodu na to, że krew zwierzęcia padłego jest trującą. Dopóki więc nie ma dosadniejszych dowodów, wątpić należy, czy prątki przecinkowe można przeszczepić i czy odchody choleryczne zawierają istoty trujące. Spostrzenia ogłoszone przez Nicatego i Rietscha (Przegl. Lek. Nr. 40 z r. b.) uważać należy jeszcze za doniesienie tymczasowe.

Aby wykazać związek etyjologiczny pomiędzy rozwojem pasorzyta a sprawą choleryczną, należy udowodnić nader ściśle, że prątek dostaje się do organizmu przed wybuchem choroby, że mnoży się w miarę wzmagania się przypadów a zmniejsza w czasie ich ustawania. Najtrudniéj udowodnić pierwsze z tych twierdzeń a to z powodu względnie małéj ilości prątków w organizmie w tym okresie, łatwiéj byłoby może wykazać je w wodzie służącéj do picia. Okoliczność, że Koch wykrył prątki przecinkowe w tankach indyjskich, z których wodę pito, nie może stanowić tutaj ścisłego dowodu, gdyż tanki służyły ua zbiorniki wszystkich nieczystości już w czasie wybuchu zarazy. Dowód Kocha opiera się na tém, że na szczycie sprawy chorobowéj jest treść jelit prawie jednostajną zawiesiną prątków. Badania jego wykazały również, że miejscowo można wykazać związek ich ze sprawą chorobową. Wątpliwość jednak nasuwa się w obec twierdzenia K., że nie zawsze można wśród badania mikroskopowego napotkać ilość prątków dostateczną do przeprowadzenia dowodu i częstokroć należy się uciec do hodowli; niemniéj ważném jest, że w wymiocinach tylko dwa razy dotąd zdołano prątki wykazać a rodzaj wymiocin wskazywał, że pochodzą one z jelit i siłą tłoczni brzusznéj wyparte zostały do żołądka, ztąd wniosek, że prątki gnieżdżą się tylko w pewnym odcinku przewodu jelitowego, tam rosną i mnożą się, a w inne miejsca bywają tylko przewlekane.

Znikanie prątków z ustawaniem przypadów chorobowych stwierdził Koch, i w téj mierze istnieje zupełna zgodność pomiędzy bijologiją pasorzyta a sprawą chorobową. Nie wykazano jednak przyczyn, które sprawiają, że prątek w tym czasie ginie w jelicie, chociaż po za ustrojem można go znacznie dłużéj hodować i mnożyć. Gdyby istoty gnilne mogły powstrzymać rozwój prątka, nie mógłby on wcale istnieć w jelicie, gdzie przecież prątki gnilne znajdują się podostatkiem. Przyczyny tak szybkiego znikania prątków w ustroju szukać należy w pewnéj nieznanéj ich właściwości a wcale zaś nie w wybroczynach do jelita, gdyż w przypadkach bez wybroczyn widać zupełnie taki sam przebieg. Ta zgodność bijologii prątka z przebiegiem przypadów cholery przemawia za tém, że on jest jéj sprawcą.

Jeżeli nadto okaże się, że prątek jest specyficznym dla téj sprawy chorobowéj, że nie ma żadnéj innéj, w któréjby go wykazać było można, stanowić to będzie dowód dostateczny do wykazania związku etyjologicznego nawet bez doświadczeń z dodatnim rezultatem. (Uwagę niniejszą napisał autor jeszcze przed wykazaniem prątka w cholerze swojskiéj przez Finklera i Priora i przed ogłoszeniem Lewisa, który podobny prątek miał znaleść w ślinie).

W przewodzie pokarmowym wywolują prątki szereg zmian, które uważać należy za ostre zapalne, ograniczające się do dolnych części kiszek cienkich. Prątki dostają się już to do gruczołów łagiewkowych już téż to pomiędzy przybłonek a błonę podstawową i unoszą przybłonek. Czasami dostają się one nawet głębiéj w tkaninę. W ślad prątków przecinkowych wchodzą teraz inne prątki, a skoro się zważy wszystkie zmiany anatomiczne, nie można zaprzeczyć, że

mogą być wywołane przez wtargnienie prątków. To wtargnienie wywołuje cały szereg zmian mechanicznych a mianowicie wzniesienie i zniszczenie przyblonka i inne przeszkody w odżywianiu, w ślad których następują sprawy zapalne. Innego tłumaczenia wcale nie potrzeba do wytłumaczenia zmian znajdowanych. Wcale jednak nie jest wykluczoną możliwość, że obok zmian wyliczonych ma miejsce działanie istót trujących, powstałych na tle przemiany materyi w ustrojach prątków, że istoty owe dostają się do krwi i działać mogą zgubnie na cały organizm. Nie można zaprzecyć, że wśród licznych produktów życia rozmaitych prątków znajdują się istoty trujące obok ciał przyrody obojętnéj. Dla prątków przecinkowych należałoby to wykazać dopiero dowodząc, że odchody choleryczne i krew chorych na cholerę są trujące. Doświadczenia Richardsa, które Koch na dowód przytacza, wcale tego nie dowodzą. Gdyby bowiem odchody choleryczne były trującemi, musiałaby podczas panowania epidemii cholery w pewnéj miejscowości ulegać pewna liczba świń otruciu, czego dotąd nigdzie nie nie zauważono. Możliwém jakkolwiek nie bardzo prawdopodobném jest, żeby trucizna, która zabija świnie w przeciągu $1^1/_2$ godziny, była nieszkodliwą dla innych zwierząt, n. p. psów, kotów, gołębi, kur itp. Ażeby w powstawanie trucizn w jelicie chorego na cholerę można było uwierzyć, potrzeba więcéj jeszcze spostrzeżeń bez zarzutu niż dotychczasowe. Gdyby świeżo powstające trucizny były przyczyną schorzenia jelita, musiałyby zmiany w jelicie zajmować większe przestrzenie, odpowiednio do nagromadzenia się wydzielin a nie pozostawać w tak ścisłym związku z lokalizacyją prątków, jak to Koch nam opisuje. Oprócz tego musiałaby krew chorych na cholerę działać również trująco a dotąd niema ani jednego doświadczenia, któreby to stwierdzało. Na twierdzenie Kocha, że napad cholery uważać należy za otrucie, nie stanowi dowodu okoliczność, że w niektórych przypadkach, w których mało tylko odchodów oddali chorzy, za życia mało również znaleziono wydzielin w jelicie, gdyż najprzód indywidualność chorych gra tutaj pewną rolę i utrata soków u osób przedtém schorzałych nabiera bez wątpienia prędzéj znaczenia aniżeli u osób przedtém zupełnie zdrowych, powtóre uwzględnić należy pewne odruchowe działanie na serce ze strony jelit a znane są przecież przypadki, w których na czynność serca wywiera wpływ biegunka ba nawet silniejsze morzysko. Pojmowanie napadów cholery jako otruć nie jest więc wcale usprawiedliwioném a co ważniejsza może szkodliwie wpłynąć na zabiegi lecznicze. Leczenie otrucia, w którém nie jest znaną trucizna, polegać musi jedynie na skrzepianiu i pobudzaniu czynności serca, podupadającéj pod wpływem trucizny, a że samo pobudzanie czynności serca nie wystarcza, pouczają doświadczenia Osera i Draschego poczynione we Wiedniu w roku 1866.

(Dokończenie nastąpi).

Hueppe: Lasecznik cholery azyjatyckiéj i cholery swojskiéj.

W wykładzie mianym na tegorocznym Zjeździe przyrodników w Magdeburgu streścili Finkler i Prior (*Przegląd Lekarski*, 1884, Nr. 39 i 40) wyniki swych badań w następujących słowach: cholerze swojskiéj jest właściwym prątek, który jako lasecznik przecinkowy odpowiada zupełnie nietylko swą postacią, ale także własnościami bijologicznemi lasecznikowi przecinkowemu cholery azyjatyckiéj, — nadto posiada on pewne właściwości, których dotychczas nie zdołano jeszcze wykryć dla łasecznika cholery azyjatyckiéj.

Przeciw tym zapatrywaniom wspomnianych badaczy występuje Hueppe z krytyką, wychodząc z założenia, że dla wykazania, że jakiś prątek jest przyczyną pewnéj choroby, należy według obecnego stanu nauki odpowiedzieć na trzy zasadnicze pytania, z których pierwsze odnosi się do postaci prątka, drugie do jego hodowli, a trzecie zajmuje się jego przeszczepieniem na zwierzęta. Otóż zdaniem Hueppego odpowiedzieli Finkler i Prior właściwie tylko na pierwsze z tych pytań. O zachowaniu się bowiem wykrytych prątków do ściany jelit nie mogli F. i P. nic powiedzieć z téj prostéj przyczyny, że nie mieli sposobności wykonania sekcyi. Oględziny jednak pośmiertne są wszędzie tam nader wielkiéj doniosłości, gdzie nie można wykonać doświadczeń na zwierzętach. To też badania Kocha mają swą wielką wagę właśnie dla tego, że on wykazał obecność laseczników przecinkowych w ścianie jelit osób z cholery azyjatyckiéj zmarłych i wytłumaczył ich usadowieniem się w przewodzie pokarmowym wszystkie towarzyszące patologiczne i kliniczne fakta. Z braku więc materyjału sekcyjnego nie byli w stanie F. i P. dostarczyć choćby prawdopodobnego tylko dowodu, że odkryte prątki są istotnie przyczyną cholery swojskiéj. Wprawdzie Hueppe nie wyklucza możebności, że zdanie wspomnianych badaczy może być słusznem, kładzie atoli wyraźny nacisk na tę okoliczność, że wobec braku innych dowodów powinni byli F. i P. postarać się wprzód o rozbiór zwłok, nim ośmielili się wnioskować, że odkryte przez siebie prątki są identycznemi z lasecznikami przecinkowemi Kocha. (W zapale krytyki wymaga Hueppe nieco za wiele od znanéj powszechnie z dobrotliwości cholery swojskiéj, bardzo nawet bowiem groźne przypadki cholery swojskiéj, wybuchłéj w Bonnie, zakończyły się wszystkie pomyślnie, a w dwóch przypadkach śmierci wrzekomo z cholery swojskiéj, które przydarzyły się w Wiedniu w czasie upałów letnich, a które to przypadki miał sposobność Koch badać, pozostało rozpoznanie w zawieszeniu między cholerą swojską a rażeniem słonecznem. Na wynik więc sekcyi zmarłych z cholery swojskiéj zapewne długo jeszcze czekać przyjdzie. *Przypisek referenta*).

Otóż zdaniem Hueppego pozostaje jeszcze tylko do omówienia podanie Finklera i Priora, że w świeżych stolcach napotkali oprócz mnóstwa prątków laseczniki zakrzywione, podczas gdy w późniejszych stolcach wodnistych znajdowali same tylko drobne zaczynniki. Laseczniki przecinkowe cholery azyjatyckiéj określono na niemieckiéj konferencyi o cholerze jako mętwiki (*vibrio*) czystéj krwi. Poruszają się one bardzo żywo, nie tworzą zarodników; łukowato zakrzywione, podobne do przecinków, laseczniki rozkrzewiają się za pomocą dzielenia, a przez zetknięcie się kilku laseczników powstają esowate postacie. W przeciwstawieniu do tego prostego i jasnego obrazu opisują Finkler i Prior postacie zarodcze, z których powstawać mają laseczniki przecinkowe, następnie grube prątki kręte i zbite masy laseczników, które co dopiero wysypały się z pękniętéj przegródki. Jeżeli zatém opisane te postacie przejściowe rzeczywiście istnieją, to sądzi Hueppe, że prątki te muszą być zupełnie czémś innem, niż mętwikami, i że pojawienie się przecinkowéj postaci w pewném stadyjum rozwoju nie uprawnia jeszcze wcale do porównywania téj postaci z mętwikami, do których lasecznik przecinkowy cholery azyjatyckiéj należy. W ślinie i w osadzie, tworzącym się na zębach, znajdują się, jak to Lewis wykazał, mętwiki, które przebiegają w swym rozwoju wszystkie stadyja, podobnie

jak to Finkler i Prior o swych laseczniкach opisują. Należy zatém przypuścić, sądzi Hueppe, że w cholerze swojskiéj przechodzą te mętwiki bezkarnie z powodu istniejącego nieżytu żołądkowego przez żołądek i pojawiają się w wydzielinach stolcowych, podczas gdy przy zdrowym stanie żołądka zostają strawione.

Wreszcie utrzymuje Hueppe, że przedstawione przez Finklera i Priora wyhodowane laseczniki i ich formy przejściowe nie są wynikiem tak zwanéj czystéj hodowli (*Reincultur*) i że dla tego nie dziwi się, że niektóre postacie mogły aż do złudzenia podobnie wyglądać jak laseczniki przecinkowe Kocha.

W końcu wyraża H. niewczesny żal, że w chwili, gdy właśnie subtelna technika szkoły Kocha zaczyna sobie coraz więcéj zyskiwać zaufania do badań prątków, zrobili F. i P. podwójnie nieostrożny krok zachwiewając przez swą pracę wspomniane zaufanie (?!). *(Deutsche medic. Wochenschrift*, 1884, Nr. 40). *Dr. Prus.*

Doc. Dr. Karol Chodounský: **Klimatyczne leczenie gruźlicy płuc.** (Praga, 1884 r. Odbitka z Časopisu l. č.) [1]).

Streścił Dr. A. Kwaśnicki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

Klimat niskich wybrzeży pomorskich wywiera więcéj pobudzający wpływ na organizm, aniżeli klimat nizin śródlądowych, więcéj przeto nadaje się dla suchotników wyniszczonych i dla postaci postępującej gruźlicy. Wspólną cechą stacyj pomorskich jest czyste bogate w ozon powietrze, z miernem i stałém wahaniem się ciśnienia barometrycznego; czém bliżéj brzegu morskiego, tém więcéj powietrze zawiera pary wodnéj, a najwięcéj na wyspach; co do ciepłoty, to takowe stale jest łagodniejsze na brzegach morskich, a jasność firmamentu równa się czystemu przeźroczu gór.

Należy rozróżnić co do wpływu leczniczego stacyje położone nad samém morzem od stacyj oddalonych od takowego. W pierwszych, zwłaszcza jeśli tam morze zazwyczaj bywa wzburzone, powietrze zawiera kropelki rozpylonéj wody morskiéj, i z tego względu chorzy podpadający krwotokom płucnym nie powinni w nich przebywać. Osoby nerwowe i nieobyte z morzem często ulegają w skutek szumu fal rostrojowi nerwowemu i cierpią na bezsenność. Nie zawadzi tu przypomnieć, że chorzy nie powinni szukać mieszkania w środku miasta, dla powodów, o których wyżéj mówiliśmy, lecz w okolicznych wilach, pensyjonatach, umyślnie na ten cel zbudowanych; samo mieszkanie powinno być od wschodniéj lub wschodniopołudniowéj strony, koniecznie obszerne; przytém chorzy powinni zaopatrzyć okna i drzwi, które zwykle na południu posiadają liczne szpary. Ze względu na to, że ciepłota najniższa na brzegu morskim przypada na wschód i zachód słońca (Jaccoud), chorzy o téj porze doby nie powinni wychodzić z mieszkania; najwłaściwszy czas dla pobytu chorych na powietrzu jest pora od godziny 10 do 4 po południu. Dla oryjentowania się w wyborze stacyi doradza Dr. Chodounsky brać na względ, że wschodnia część Riviery jest wilgotniejsza, natomiast zachodnia (francuska) jest cieplejsza; najlepsze warunki posiada Cannes. Najwłaściwszy czas wyjazdu z naszego klimatu na pobyt zimowy w stacyjach przymorskich jest podług autora połowa października.

Klimat górski na wyżynie 1000 m. i wyżéj ma powietrze o tyle rozrzedzone, że sprawia ono znaczne zmiany w krążeniu i oddechaniu, które wpływając korzystnie na odżywienie organizmu, oddziaływają przez to na zaburzenia chorobowe w płucach: oddechanie staje się głębszém, klatka piersiowa rozszerza się znaczniéj i układ mięśniowy biorący udział w oddechaniu zostaje pobudzony do współczynności; skurcze serca stają się mocniejszemi, krążenie pełniejszém a krew krąży obficiéj w obwodzie ciała. W obec zmienionych okoliczności fizyjologicznych organizm wystawiony na działanie tych wpływów staje się żywotniejszym, klatka piersiowa zwiększa pojemność, mięśnie oddechowe i mięsień sercowy przybierają siły, wymiana pierwiastków oddechania staje się dokładniejszą, szczególnie w szczytach, a wzmocniona czynność oddechowa i cyrkulacyjna zapobiegają zastoinom płucnym; ta ostatnia okoliczność wraz z uniedokrewnieniem w górach trzew (a więc i płuc), jest przyczyną, że w strefach tych ustaje skłonność do krwotoków płucnych. Obok wymienionych czynników wielkiego jest znaczenia aseptyczna czystość powietrza, jego zamożność w ozon i mała ilość wilgoci bez względu na porę roku. Zasadą leczenia suchot w sferze górskiéj jest długotrwałe w niéj przebywanie.

W dalszym ciągu autor zbija zarzuty czynione warunkom pobytu suchotników w górach: doświadczenie i nauka dały odprawę zarzutowi, że w skutek znacznego rozrzedzenia powietrza w górach za mało dostaje się tlenu do organizmu; tém więcéj ten zarzut należy odeprzeć, że stacyje klimatyczne nie wznoszą się nigdzie ponad 1900 m. Następnie podnoszą się głosy, że w górach nieżyty oskrzeli i zapalenia płuc są częstsze; przedewszystkiém chorzy z skłonnością do stanów zapalnych płuc nie bywają wysyłani do klimatu górskiego; powtóre, klimatyczne stacyje górskie są pourządzane w miejscach zabezpieczonych od silnych i chłodnych wiatrów. Zarzucano również, że szkodliwym jest dla suchotników pobyt w górach w porze zimowéj i podczas odwilży śnieżnéj: lecz niezbitym jest faktem, że zima w górach bywa sucha, łagodna, słoneczna, i że termiczne warunki umożebniają chorym wychodzenie z domów, z wyjątkiem może 14 dni, kiedy taje ostatnia warstwa śniegu; w tym czasie chorzy przebywają na werandach i balkonach. Z górskich uzdrowisk, których jest wiele po całym kontynencie, najwięcéj odznaczają się dobremi warunkami alpejskie, jak Davos am Platz i Davos Dörfli, potém idzie St. Moritz. Pobyt w nich jest całoroczny.

Wskazania. Leczenie gruźlicy w dzisiejszym stanie nauki przedewszystkiém zasadza się na zbadaniu i zwalczaniu przyczyn; jest ona chorobą najczęściéj dziedziczną, czasem wrodzoną lub nabytą. Do suchot płucnych usposobiają następujące okoliczności: 1) przedwczesne skostnienie chrząstek żebrowych, sprowadzające nieproporcyjonalny rozwój klatki piersiowéj, a w następstwie niedokładność czynności oddechowych; 2) wątłość układu mięśniowego, biorącego udział w czynności oddechowéj, przez co powstaje słaba rozszerzalność szczytów płucnych i następowe zastoinowe przekrwienia; 3) słabość mięśni prowadzi często do zaklęsania okolicy barko-szczytowéj, co ścieśnia wymiary klatki piersiowéj; 4) zwątlenie mięśnia sercowego z następowém zleniwieniem krążenia; 5) zmniejszona pojemność płuc. W obec tych okoliczności, usposobiających do suchot płucnych zadanie terapii staje się jasném: 1) poprawić odżywienie chorego i usunąć przyczyny osłabiające; 2) uchronić płuca od wszelkich wpływów podrażniających; 3) wzmocnić mięśnie klatki piersiowéj i dążyć do rozszerzenia górnéj jéj połowy; 4) pobudzić krążenie przez wzmocnienie mięśnia sercowego; 5) poprawić całą czynność oddechową. Z tych pięciu zadań pierwsze tylko może być uskutecznione drogą apteczną; dla reszty

[1]) Z przyczyn od szan. sprawozdawcy niezależnych spóźnione. *Red.*

należy szukać pomocy w dobrych warunkach klimatycznych.

Tu miejsce wykazać, w jakim stopniu klatka piersiowa daje się stale rozszerzyć w klimacie górskim: 1) ta część klatki piersiowéj, która znajduje się nad płucem zdrowém, prędzéj ulegnie rozszerzeniu się, aniżeli pokrywająca płuco chore; 2) rozszerzenie się klatki piersiowéj częściéj powstaje ku przodowi, aniżeli na boki, czasem następuje w obu kierunkach; 3) rozszerzenie najczęściéj spostrzega się w górnéj połowie klatki piersiowéj, zwłaszcza w wysokości 3-go żebra; 4) pobyt w górach jest niezbędnym warunkiem rozszerzenia klatki piersiowéj; 5) rozszerzenie klatki piersiowéj po większéj części pozostaje na zawsze, pomimo powrotu chorych z gór na niziny.

Leczenie zapobiegawcze (profilaktyczne) jest wskazane we wszystkich tych okolicznościach, które do suchot płucnych usposabiają; tu należą osobniki dziedzicznie usposobione, dzieci syfilityków, cierpiących na cukrzycę, opilców, zołzowych itd.; następnie osoby, które w skutek przebytych chorób uległy deformacyi klatki piersiowéj; od wpływu klimatu górskiego możemy spodziewać się złagodzenia lub usunięcia tych przyczyn usposabiających, zwłaszcza jeżeli pobyt w stacyjach górskich od dziecięctwa jest zastósowany; gdyż jeśli choroba już zdeklaruje się, małe pozostają widoki pomyślnego wyniku zachodów leczniczych; a chociaż radykalne wyleczenie suchót płucnych górskim klimatem jest nieprawdopodobném, pomimo to pobyt w górach należy jeszcze do najskuteczniejszych zachodów w leczeniu grużlicy.

W dalszym ciągu przytacza jeszcze Dr. Chodounsky liczby statystyczne, dowodzące wpływu leczniczego klimatu górskiego na przebieg suchót płucnych. Autor zebrał statystykę wszystkich większych zakładów na obu półkulach, lecz pomimo przekonywającego znaczenia tych liczb nie możemy ich tu przytoczyć, a to z obawy nieprzekroczenia granic sprawozdania. (Dok. n.)

Dr. Zillner: **O otruciu chloranem potasowym.**
(Wykład próbny wygłoszony dnia 3 maja rb.)

Niejednokrotnie zdawano już w Przeglądzie Lekarskim sprawę z przypadków tego otrucia, a jakkolwiek kazuistyka nie zbyt dotąd obfituje w przypadki, to jednak te, które dotąd opisano, były tak dokładnie obserwowane, że nie wiele pozostaje już do zbadania, nie wiele też nowych dat spodziewać się można po wymienionéj pracy Z. Autor już po raz wtóry zabiera głos w téj sprawie (zob. Przegl. Lek. 1882, Nr. 46, 1883, Nr. 1 i 12), w treściwym wykładzie swoim zastanawia się nad chemiczną zmianą krwi, którą to zmianę łatwo i w rurce odczynnikowéj wywołać można. Dodawszy do świeżéj krwi trupiéj nieco chloranu potasowego spostrzega się, że treść rurki przybiera barwę jasno-czerwoną, tak jak krew mięszana przez pewien czas z powietrzem, czyli że hemoglobin krwi zamienił się w oksyhemoglobin. Dopiero w godzinę lub nieco późniéj nastaje właściwa zmiana: krew barwi się szaro brunatno. W przyrządzie widmowym widać wprawdzie dwie pręgi hemoglobinu, lecz oprócz nich nową pręgę w polu czerwoném widoczną, zwłaszcza w rozczynach zgęszczonych. Stopniowo znikają obie pręgi oksyhemoglobinu, krew barwi się mocniéj brunatno i na widmie widać już tylko jedną, ową pręgę w polu czerwoném. Czerwona barwa krwi nie występuje nawet pomimo kłócenia z powietrzem, krew tedy utraciła własność przyjmowania tlenu. Dodając teraz istot odtleniających, np. siarczku amonu, widzi się, że pręga w polu czerwoném znika a występuje niedokładnie odgraniczona pręga właściwa hemoglobinowi odtlenionemu. Po kłóceniu z powietrzem barwa czerwona staje się żywszą, a spektroskop wykazuje znowu pręgi oksyhemoglobinu. Ciałem, które powstaje pod wpływem chloranu potasowego jest methemoglobin, a do powstania jego przyczyniają się wszystkie połączenia, które wydają tlen w zetknięciu z ciałami organicznemi. Methemoglobin nie jest jednakże, według najnowszych badań Hoppe-Seylera, Hüfnera i Külza, ciałem więcéj utlenioném niż oksyhemoglobin, tlenu zawiera on tę samą ilość, jednak drobiny jego są zapewne inaczéj ułożone; methemoglobin powstaje również w skutek oddechania azotynem anilowym i w skutek wstrzyknięcia azotanu sodowego do krwi.

Prawie wszystkie przypadki otrucia tą solą znane dotąd są przyrody leczniczéj; dawkę trującą i śmiertelną trudno oznaczyć a w téj mierze nie zgadzają się podania autorów. Najczęściéj ginęli dorośli po użyciu dawki 25 do 40 grm., śmierć następowała po upływie jednego lub dwu dni; zdarzały się jednak przypadki że 10 lub 15 gm. również śmierć sprowadzały. Dla dzieci podaje Jacobi dawkę maksymalną 1·25 gm., dla dzieci poniżéj lat 3 dawkę 2·0 gm. na dzień.

Autor przedstawia treściwie obraz kliniczny zatrucia, a wreszcie kreśli obraz sekcyjny, który objaśnia załączonemi rycinami przedstawiającemi zmiany w nerkach. Cały wykład jędrny, obejmuje wszystkie szczegóły patologii otrucia niedawno wprawdzie rozpoznanego, jednak już dokładnie zbadanego. (*Wiener med. Woch.* Nr. 33 i 34, 1884).

Dr. Schaitter.

IV. Sekcyja okulistyczna na Kongresie międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze 1884 r.

Sprawozdanie Dra B. Wicherkiewicza.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

Po powyższych trzech odczytach zamknięto przedpołudniowe a w godzinę późniéj otworzono popołudniowe posiedzenie, któremu przewodniczył E. Meyer. Udzielił on najpierw głosu młodemu asystentowi kliniki erlangskiéj Drowi Wolffbergowi do odczytu pod tytułem: Metoda badania czucia światła oparta na zależności wzajemnéj czucia barw i czucia światła.

Jasność przedmiotu zależy:

1. Od absolutnéj jasności w oświeceniu (H);
2. Od różnicy pomiędzy jasnością przedmiotu a tła (przeciwieństwo);
3. Od wielkości kąta widzenia i
4. Od stanu adaptacyi czyli zastósowania siatkówki.

Ażeby powiększyć lub zmniejszyć jasność przedmiotu służącego do próby przy badaniu ócz, których czucie światła jest upośledzone, można się posługiwać dwoma sposobami a mianowicie wybierając sobie przedmiot próby o pewném przeciwieństwie i zmieniając często H, albo też ustanawiając jakąś pewną daną dla H, a zmieniając przeciwieństwo przedmiotu.

Zmienność kontrastu napotykamy na tarczy Massona, na tarczach Pflügera i tablicach Ole-Bulla. Zmienność H zastósowaną jest we fotometrze Förstera w ciemnéj komorze Auberta, we fotometrach Hippla i Schnabla.

Po tych uwagach przechodzi autor do objaśnienia swego własnego sposobu pozwalającego mu wyłącznie badać czucie światła i to tak w środku, jakoteż w obwodzie i liczebnie oznaczyć zachodzące nieprawidłowości.

Najmniejszą jasność w sposobie Wolffberga przedstawia

bardzo mały przedmiot kontrastu, widziany w jak największéj odległości i przy najsłabszém oświetleniu. Nieprawidłowości oznaczają się liczebnie przez liczebną odmianę oświetlenia.—W. używa papieru kolorowego.

Chcąc oznaczyć wpływ zmienności H na rozpoznanie barwy, trzeba najprzód ustanowić barwiki przy pewném oświetleniu. Zależność, w jakiéj pozostaje rozpoznanie barwy w obec oświetlenia światłem jednolitém, wymaga, ażeby badania robione były przy świetle jednolitém, albo téż wyszukać trzeba barwiki odbijające tylko jeden rodzaj światła jednolitego.

Badania porównawcze spektroskopijne, robione na papierach heidelbergskich z jednéj strony a z barwnemi kawałeczkami sukna M. F. Marxa z Palatynatu z drugiéj strony, wykazały wyższość ostatnich, które odznaczają się brakiem rozpraszania widma słonecznego. Czerwona i niebieska barwa Marxa posiadają prawie idealną czystość widmową. Mały krążek niebieski średnicy 3 mm. na tle czarnego aksamitu daje się przy wyśmienitém oświetleniu dziennémrozpoznać jako niebieska barwa w odległości 5 metr. W większéj odległości nie przedstawia on się bezbarwnym, ale znika zupełnie dla oka. To samo dotyczy czerwonego krążka średnicy 0,5 mm. Zielona barwa staje się w większéj odległości niebieskawą, żółta zaś białawą albo czerwonawą. Za pomocą tego barwnego sukna autor rozwiązał zadanie, które sobie założył: O stałości oświecenia dziennego przekonywamy się, skoro możemy na tle czarném w odległości 5 metr. rozpoznać czerwony krążek 0,5 mm., żółty 1,5 mm., a zielony i niebieski 3,0 mm., biały zaś o średnicy 0,2.

Ażeby sukna te izolować, umieszczono je na tabliczkach pokrytych czarnym aksamitem, a dających się przesuwać po za tablicą aksamitną zawierającą okienka.

W celu urozmaicenia jasności oświetlenia według pewnego liczebnego stosunku, wszystkie okna pokoju, z wyjątkiem okna, przed którém znajduje się tablica perymetryczna, winny byc zupełnie zasłonięte. Tu umieszcza się karton czarny o wyciętym czworoboku, przez który łuk perymetryczny, jakotéż tablica aksamitna w oddaleniu 5 metrów umieszczona, jednakowo stają się oświecone. Przed otworem można przesuwać listki papieru jedwabnego niebiesko-białego. Papier jedwabny w następujący sposób oznacza się fotometrycznie: Skoro H ma stałą wartość, bada się o ile każdy barwik musi być powiększonym, ażeby go rozpoznać przy zniżeniu oświetlenia H, co się przez usunięcie listka papieru jedwabnego uskutecznia. Gdy jasności oświecenia dziennego, dozwalającéj rozpoznać najdrobniejsze przedmioty, damy wartość H=1, zaciemnienie sprawione usunięciem 15 listków, będzie odpowiadało wartości H=0, każdy zaś listek równa się $H={}^{1}/_{15}$.

Szereg tablic, które W. pomiędzy członków rozdzielił, wykazuje: jak od $H^{15}/_{15}$ do $H^{1}/_{15}$, zmienia się wielkość przedmiotów, przedmiotów barwnych i liter Snellena. Z tablic Wolffberga wynika: że z wszystkich czynności oka czucie barw jest w najściślejszym związku z oświeceniem, a najmniejsza nieprawidłowość czucia światła zdradza się natychmiast obniżeniem czucia barw.

Wyniki otrzymane po 6 miesięcznych badaniach, robionych na wszystkich chorych, jacy się przedstawiali w klinice erlangskiéj, są następujące:

1. Siła wzroku osób nieumiejących czytać (analfabetów) może być ocenioną w przybliżeniu przez oznaczenie czucia barw, tak, że można w ten sposób łatwo odkryć symulantów.

2. Badając przyczyny, które w stosunku do obniżenia wzroku oznaczają także różnicę czucia światła, W. przekonał się, że przedmioty barwne winny mieć celem rozpoznania ich, największą średnicę:

a) W zaćmieniach środków optycznych; *b)* w nieprawidłowościach czucia światła.

Daléj przekonał się autor, że najmniejszych przedmiotów nie rozpoznają osoby dotknięte:

a) Nieprawidłowością refrakcyi;

b) chorobą przewodników nerwowych (*scotoma centrale*) itd.

Z drugiéj strony nieprawidłowości czucia barw, jakie zachodzą w zaciemnieniach części oka łamiących światło i w zboczeniach czucia światła, odpowiadają wartościom otrzymanym dla oka prawidłowego przy obniżonem oświetleniu.

Właściwy stosunek, jaki zachodzi pomiędzy czuciem barw a czuciem światła jakotéż siłą wzroku, podaje nam możność ustanowienia różnicy rozpoznania pomiędzy czuciem światła, zaciemnieniem środków ocznych, nieprawidłowością refrakcyi i środkowego skotomu.

Autor przyrzeka w tym przedmiocie udzielić bliższych wiadomości.

Zanim nad poprzedniemi powinowatemi odczytami wspólną otworzono dyskusyję, streścił E. Meyer, chcąc i tym, którzyby, dla obcego sobie języka prelegentów, treści odczytów nie pochwycili, uczynić możliwém wzięcie udziału w rozprawach, wszystkie cztery odczyty w języku francuskim i angielskim nadzwyczaj zręcznie wywięzując się z tego zadania, za co należyte odebrał podziękowanie.

Do dyskusyi zgłosił się pierwszy prof. Rählmann z Dorpatu i nadmienił, że najmniejszy stopień światła, jaki możemy poczuć, różny jest u rozmaitych osób w stanie zdrowym, podczas gdy wrażliwość na najmniejszy stopień różnicy światła jest równą; zarazem przypomina R., że w roku 1883 zrobił znaczny szereg oznaczeń najmniejszego stopnia światła przy rozmaitych barwach i wykazał, że U. zmieniać się może zupełnie niezależnie od R.

Schadow z Crefeldu podnosi praktyczne znaczenie różnicy, jaka zachodzi pomiędzy czuciem światła w środku, a w obwodzie siatkówki. Wykazał on (*Arch. f. Physiolog.* 1879), że obwód jest do pewnego stopnia wrażliwszy od ośrodka.

Zdaniem Dora z Lyonu wypada przy doświadczeniach liczyć się z okolicznością, że siła wzrokowa środkowa daleko prędzéj się obniża aniżeli obwodowa.

Edward Meyer z Paryża sądzi, że dla każdego chorego trzeba, ściśle biorąc, osobno oznaczyć R i U, ponieważ dwie te czynności nie stoją w ścisłym stosunku do oka chorego, jakto w pracy Miévilla dokładnie jest wyrażonem.

W klinice Meyera oznacza się R za pomocą fotometru Förstera, a U za pomocą zadymionych szkieł, które coraz ciemniejsze sprawiają obniżenie siły wzroku według oznaczenia, jakie poprzednio zrobiono na oku badającego.

Wszystkie te badania czynią się przy sztucznem oświetleniu, które można urozmaicać obniżeniem stopniowém i stałém płomienia gazowego. Chcąc badać obwód pola widzenia, zadawala się Meyer perymetrem i oświetleniem sztucznem o rozmaitych stopniach.

Ważność badania klinicznego czucia światła w chorobach wewnętrznych oka jest tak znaczną, a wyniki, jakich się możemy z tego spodziewać, tak wielkie, że porozumienie co do jednakowego sposobu badania, chociażby i ten sposób nie był jeszcze doskonałym, byłoby jednem z naj-

szczęśliwszych następstw obecnego zebrania oftalmologów.

Bjerum z Kopenhagi mniema, że fizyjologiczne warjacyje R są zanadto małe, ażeby mogły mieć znaczenie przy badaniu chorych.

Z drugiéj strony różnica pomiędzy wielkością R w obwodzie, a w środku jest bardzo nieznaczną. Czynność siatkówki w środku, tak przy zaniku nerwu wzrokowego jakotéż przy środkowém niedowidzeniu, jest podobną do czynności siatkówki prawidłowéj w obwodzie.

Ole Bull nadmienia, iż co obwodowego czucia światła w stosunku do środkowego istnieje wielka różnica polegająca na tém, czy badamy w ciemnym lub téż oświeconym pokoju. Nie ulega wątpliwości, że w miejscu oświeconém czucie będzie żywszém w środku aniżeli w obwodzie. Takiéj różnicy nie znalazł jednak B. w pokoju ciemnym. Mogłoby się to tłumaczyć tém, że środek posiada barwę silnie żółtą. Promienie świetlne muszą niejako przebyć ośrodek żółty; skoro sobie więc przypomnimy, że przy słabém oświetleniu potrzeba 6 lub 8 razy więcéj żółtéj barwy aniżeli światła bezbarwnego dla wywołania wrażenia, łatwą będzie do zrozumienia różnica osiągnięta w miejscu ciemném a w miejscu oświeconém.

Samelsohn odpowiadając Rählmanowi nadmienia, że wystarczająca liczba badań robioną była tarczą Massona.

Förster robił je fotometrem.

Zwracając się zaś do Dra Bjeruma nadmienia, że ilościowe czucie barw stoi w prostym stosunku do czucia światła, czego o jakościowém powiedzieć nie można. (C. d. n.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

We wrześniu panowały w powiecie rzeszowskim następujące choroby nagminne:

1) Krztusiec w 7 gminach (ludność 5441) w okolicy miasteczek Niebylca i Czudca. Na ogolną liczbę chorych 472 wyzdrowiało 168, umarło 12, zostaje w leczeniu 292.

2) Czerwonka w 2 gminach (ludność 6,403) w okolicy Błażowy. Na 48 chorych wyzdrowiało 28, umarło 3, zostało chorych 17.

3) Dur brzuszny w Woli rafałowskiéj (ludność 788). Z leczonych 8 chorych wyzdrowiał 1, umarło 2, zostaje 5. Nadto sporadyczne przypadki téj choroby pojawiają się w mieście Rzeszowie. *Dr. J. Barzycki,*
c. k. lekarz powiatowy.

Buczacz dnia 2 października 1884. Krztusiec wygasa coraz to bardziéj, utrzymuje się jeszcze w 5 miejscowościach koło Uścia Zielonego. Czerwonka również wygasa, ogolny stan zdrowia dobry. *Dr. Obtułowicz.*

* **Cholera** ogarnia powoli cały półwysep włoski, najwięcéj atoli dając się we znaki Neapolowi i Genui. W Rzymie i Wenecyi poszczególne zdarzyły się przypadki, dotąd atoli ogniska w tych miastach nie ma. Również w Hiszpanii nie przyszło nigdzie do większego wybuchu, a we Francyi południowéj zaraza gaśnie powoli. Przed kilku dniami doniesiono o dwóch przypadkach śmierci w Paryżu; dotąd o dalszych przypadkach nie słychać. Europa środkowa jest jeszcze całkiem wolną, a zbliżająca się pora chłodna może położy kres dalszemu posunięciu się zarazy. Rada sanitarna najwyższa, zwołana przez hr. Taaffego z powodu pojawienia się cholery w Wenecyi i jéj okolicach, nie oświadczyła się za przerwaniem ruchu lądowego, co najwięcéj radząc kontroli nad przejezdnymi oraz wstrzymanie ruchu rybołowców na wybrzeżu austryjackiém.

Kursa praktyczne w Ces. Urzędzie zdrowia pod przewodnictwem Kocha już rozpoczęły się. Z całego państwa wyznaczono 90 lekarzy rządowych, którzy w 10-dniowych kursach każdym razem w liczbie ograniczonéj po 12, mają zapoznać się praktycznie z badaniem prątków przecinkowych. Właśnie grupa pierwsza, składająca się z 12 lekarzy wojskowych z prowincyi zachodnich, kończy swe ćwiczenia; następna grupa obejmie 12 lekarzy rządowych z Alzacyi i Lotaryngii oraz z prowincyi nadreńskiéj.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 21—27 września umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 35.6. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 8 (1 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 3 odry, 18 płonicy, 1 błonicy, 1 krztuśca, 2 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 14—20 września umarło z ospy w Londynie 6, świeżo zapadło 60, leczyło się w szpitalach 497. W Paryżu, Wenecyi, Madrycie umarło z ospy po 1, w Petersburgu, Odesie po 2, w Pradze 4, w Kalkucie (od 3—9 sierpnia) 6, w Madrasie (od 25 lipca do 1 sierpnia) 11. Z duru osutkowego umarło w Murcyi i Palmie po 1, w Madrycie 2, w Petersburgu 3. Biegunki rzadziéj się pojawiały w wielkich miastach. Z cholery umarło w Bombayu (od 13—19 sierpnia) 15, w Kalkucie (od 3—9 sierpnia) 8, w Madrasie (od 25 lipca do 1 sierpnia) 2.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 14—20 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26,0; w Warszawie 29,3; w Poznaniu 33,1; w Pradze 29,2; w Berlinie 28,1; w Hamburgu 23,5; we Wrocławiu 28,1; w Gdańsku 23,6; w Mnichowie 31,0; w Dreźnie 29,1; w Lipsku 20,2; w Bazylei 10,1; w Brukseli 20,0; w Amsterdamie 25,1; w Hadze 27,3; w Paryżu 22,5; w Londynie 17,1; w Kopenhadze 30.2; w Stokholmie 23,8; w Chrystyjanii 26,8; w Petersburgu 23 0; w Odesie 34,5; w Rzymie 26,6; w Wenecyi 21,5; w Bukareszcie 22,6; w Madrycie 30,2; w Aleksandryi 35,3; w Bombayu 28,7; w Madrasie 27,4. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 21 do 27 września r. b. umarło osób 67, co odpowiada na rok i 1,000 m. 30,2. W tym czasie umarło z ospy 8 osób, z płonicy 2, z dławca 1, z błonicy 3.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 października. Otrzymaliśmy z Warszawy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

Prosimy o umieszczenie w Przeglądzie Lekarskim następującego wyjaśnienia w kwestyi konkursu w Instytucie oftalmicznym, o który w Nr. 25, 27 i 33 pańskiego pisma toczyła się polemika. Wyjaśnienie podajemy tak późno jedynie z tego powodu, iż większość podpisanych na niniejszém nie była obecną w Warszawie podczas miesięcy letnich.

Dnia 16 czerwca b. r. odbył się konkurs na wakującą posadę Ordynatora nadetatowego w Instytucie oftalmicznym w Warszawie. Do konkursu stanęło dwóch lekarzy, Drowie Kamocki i Kępiński. Ustawa oznacza pewne *minimum* kresek (45), poniżéj którego kandydat zostaje uznany za niezdolnego do objęcia posady. Obaj kandydaci to minimum przeszli, a Dr. Kamocki otrzymał kresek więcéj (68 przeciw 50); w skutek tego przez Komitet konkursowy do posady przedstawiony został.

Korespondent, donoszący o tym fakcie Przeglądowi Lekarskiemu wchodzi w wewnętrzne motywa sędziów konkursu i podaje wprost, że „pierwszeństwo otrzymał Dr. Kamocki, ponieważ posiada język rosyjski i ordynował przez 2 lata bezpłatnie w Zakładzie“. Ponieważ Rada miejska dobroczynności publicznej żąda od Komitetu konkursowego oceny kandydatów tylko ze względu na ich uzdolnienie naukowe a przedewszystkiém praktyczne, więc bardzo niemiłe dla członków Komitetu musiało być posądzenie, iż się kierowali innemi względami.

Dr. Gepner spełnił obowiązek postawienia téj kwestyi na właściwym gruncie w liście krótkim, zupełnie objektywnym i zupełnie prawdziwym. Wszakże Dr. Kępiński w tym liście dojrzał stronnicze napady, Drowi Gepnerowi odmawia kompetencyi do tego sprostowania i kwestyję przedstawił w ten sam sposób, jak pierwszy, bezimienny korespondent.

W obec tego czujemy się w obowiązku głos zabrać i oświadczamy:

1) W ogłoszeniu o konkursie Rada miejska podała między innemi, że: „cały konkurs odbywać się ma w języku rosyj-

skim" (porównać Nr. 114 *Kuryjera porannego* z d. 13 kwietnia r. b. [1]). Jeżeli Dr. Kępiński i bezimienny korespondent twierdzą, że żadna ustawa tego warunku nie nakłada konkursom, to w każdym razie zmiana tego punktu nie może należeć do atrybucyi Komitetu, przez Radę miejską wyznaczonego.

2) Przewodniczący w Komitecie, wypowiadając Drowi Kępińskiemu niekorzystny dlań rezultat balotowania, starał się to uczynić w sposób najłagodniejszy. Więc zaznaczył, że rezultat jest względnie pomyślny i że jednę posadę tylko jeden kandydat może otrzymać. Wszakże nie wspomniał ani jedném słowem o têm, by trudności językowe miały stać Drowi Kępińskiemu na przeszkodzie w uzyskaniu pierwszeństwa przed Drem Kamockim. Względności wyrażeń Przewodniczącego Dr. Kępiński niezrozumiał czy zrozumieć nie chciał i zupełnie inne stara się jéj nadać znaczenie.

Ze względu na ton odpowiedzi Dra Kępińskiego czujemy się w obowiązku dotknąć tu jeszcze tajemnic zamkniętego posiedzenia Komitetu i wypowiedzieć, że jeżeli Przewodniczący mógł nie miłą w każdym razie wiadomość w tak złagodzonéj podać postaci i o względnie pomyślnym donieść rezultacie, winien to Dr. Kępiński. w znacznéj części wniesionéj za nim przez Dra Gepnera instancyi: „ażeby nie zrażać młodego kolegę, rozpoczynającego praktykę w Warszawie".

Przewodniczący w Komitecie konkursowym *Dr. Wł. Brodowski.*
Członkowie *Dr. Szokalski* lekarz naczelny Instytutu.
Dr. Wolfring. *Zygmunt Kramsztyk.*
Dr. Sommer Ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.
Dr. Sokołowski Ord. szpitala ś. Ducha.

* Medycyna polska i stan lekarski poniosły dotkliwą stratę. D. 5 bm umarł w Krakowie po dłuższych cierpieniach Dr. Edward Klink, starszy ordynator w szpitalu św. Łazarza w Warszawie. Urodzony w Warszawie d. 13 lipca 1850 r. ukończył tamże nauki gimnazyjalne i lekarskie a w r. 1872 osiągnął stopień naukowy. W roku następnym pełnił obowiązki w szpitalu cholerycznym na Pradze; w r. 1874 mianowany został ordynatorem kliniki chorób wenerycznych i skórnych, w roku następnym na mocy konkursu otrzymał posadę ordynatora w szpitalu św. Łazarza a w r. 1880 postąpił na ordynatora starszego. Delegowany przez Radę dobroczynności do zbadania szpitalów wenerycznych w Petersburgu ogłosił w r. 1879 sprawozdanie swoje z téj podróży; przez lat 8 był sekretarzem dorocznym Tow. lek. warsz. a przez 2 lata redaktorem Pamiętnika tegoż Towarzystwa. Prace jego liczne, prawie wyłącznie treści syfilidologicznéj, mieszczą się w pismach wszystkich warszawskich, w Przeglądzie Lekarskim (1880), i w *Viertelj. f. Dermatologie.* W wydaniu jubileuszowém dzieł Wojciecha Oczki napisał jego życiorys i ocenę stanowiska naukowego.

Szczegóły te podajemy według Słownika Kośmińskiego; zapewne pisma warszawskie zamieszczą obszerniejsze daty, albowiem koledzy tameczni, śród których nieboszczyk żył i działał, lepiéj od nas znają rozwój i bieg pracowitego jego żywota. My przed 6 laty tylko na chwilę krótką mieliśmy sposobność zetknięcia się z Drem Klinkiem; gdyśmy go widzieli ponownie, był to cień energicznego, młodego i zdolnego lekarza. Od kilku miesięcy umysłowo chory w stanie ciężkiéj zadumy, połączonéj z jadłowstrętem, przywieziony został do tutejszego szpitala św. Łazarza, gdzie pod koleżeńską opieką prymaryjusza Żuławskiego pozostawał aż do śmierci, która po niejakiém polepszeniu choroby umysłowéj nastąpiła w skutek zapalenia płuc. Zwłoki śp. Dra Klinka przewiezione zostaną do Warszawy. Nam pozostaje tylko być tłumaczami uczucia przygnębiającego, które opanowało wszystkich tutejszych kolegów na wiadomość niespodziewaną o przedwczesnym zgonie jednego z najzdolniejszych i najpracowitszych lekarzy naszych, zasłużonego syfilidologa i autora lekarskiego. Niechaj mu ziemia będzie lekką, cześć jego pamięci, która nie tak prędko zaginie!

* Temi dniami rozpoczynają się wykłady w Uniwersytecie Jagiellońskim. Prof. Adamkiewicz otrzymał od Ministerstwa urlop półroczny, wykłady więc z patologii ogólnéj nie odbędą się w półroczu zimowém. Z powodu trwającéj jeszcze słabości dziekana prof. Piotrowskiego objął zastępczo urzędowanie prof. Stopczański.

* Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie, przygotowuje obecnie do druku nowe dzieło oryginalne „O chorobach nosa i gardła." Dzieło to napisane przez Doc. Dra Przemysława Pieniążka wyjdzie na początku r. 1885 i zostanie rozesłane Członkom i prenumeratorom Wydawnictwa jako premijum bezpłatne za rok 1884.

* Jeden z kolegów warszawskich zapytuje się nas w imieniu swojém i innych kolegów, dlaczego dotąd nie otrzymali Nru 5 Dziennika Zjazdu poznańskiego, ani téż grupy uczestników, fotografowanéj przez pp. Rivolego i wsp.? Oczywiście, że na interpelacyję tę nie umiemy dpowiedzieć i zapewne zechce nas wyręczyć w téj mierze szan. kol. Wicherkiewicz w Poznaniu, jako prezes Wydziału gospodarczego.

* Namiestnictwo w Tryjeście wzywa doktorów medycyny i chirurgów, aby na przypadek wybuchu cholery na wybrzeżu austryjackiém zgłosili się do pomocy. Prócz wynagrodzenia kosztów podróży pierwsi otrzymają płacę dzienną w kwocie 12 złr. a ostatni 6 złr.

* Nakładem Fischera w Berlinie, a pod redakcyją prof. Krausego w Gietyndze, wychodzi od 1 kwietnia r. b. pismo miesięczne międzynarodowe dla anatomii i histologii. W skład redakcyi wchodzi pomiędzy innymi uczonymi i prof. Hoyer z Warszawy. Artykuły przyjmują się w języku angielskim, francuskim, niemieckim lub łacińskim.

* **Praga czeska.** W półroczu zimowém wykładać będą w Wydziale lek. anatomiję opisową i topograf. Steffal, chemiję lekarską Horbaczewski, fizyjologiję Tomsa, patologiję ogólną Spina, anatomiję patolog. Hlava, patologiję wewn. Eiselt, Maixner, Thomayer, balneologiję Chodounský, hydroterapiję Spott, chirurgiję Weiss, Michl, okulistykę Schöbl, dentystykę Nessel, Baštyř, położnictwo i ginekologiję Streng, Schwing, choroby skórne Janovský, medycynę sądową Reinsberg, histologiję Janošik, weterynaryję Böhm.

* Sąd państwowy niemiecki skazał lekarza praktycznego, doktora medycyny, za to, że u rannego nie zastósował sposobu przeciwgnilnego, tylko leczył go sposobem dawnym. Chory umarł w skutek rozkładu krwi gnilnego. W motywach powiedziano, że spodziewać się wypada po lekarzu, iż znać będzie prawidła leczenia, uznane przez tegoczesną naukę. Jest to precedens bardzo niebezpieczny dla stanu lekarskiego i nauki saméj.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Docent prywatny i starszy lekarz sztabowy Dr. Rabl-Rückhardt otrzymał tytuł profesora. — **Bern.** Prof. Kronecker z Berlina powołany został tu jako profesor fizyjologii w miejsce Grütznera, powołanego do Tübingi. — **Marburg.** Dr. Tuczek habilitował się jako docent psychijatryi.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Józef Szpilman, asystent kliniczny w c. k. Zakładzie weterynarskim wojskowym we Wiedniu, mianowany został adjunktem w c. k. szkole weterynarskiéj we Lwowie.

Lekarzami starszymi w rezerwie mianowani zostali Drowie Halski Henryk i Midowicz Kazimierz.

* **Nekrologija.** W Petersburgu umarł po krótkiéj chorobie tajny radzca baron Dr. Maydell, inspektor lekarski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 40: Lepperta: Jakób Natanson, wspomnienie pośmiertne; Neufelda: Antypiryna, nowy lek przeciwgorączkowy.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 15 października o godzinie 6 popoł. w Sali Akademii Umiejętn. posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Gluziński Wł. mówić będzie o niektórych nowych lekach w chorobach serca używanych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

[1]) W Numerze tym, załączonym do niniejszego listu, powiedziano jest w ogłoszeniu. „Cały konkurs odbywać się ma w języku rosyjskim". *Red.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.